

# CONFERENCIA CLÍNICO PATOLÓGICA

Dr. Raúl A. Durón M. (\*)

JRSM, sexo masculino, 20 años de edad, conserje en garage mecánico de carros. Fue visto por primera vez en el Consultorio el 18 de agosto de 1965 por un traumatismo que le causaba molestias en la mano derecha. Se diagnosticó contusión de mano derecha y codo izquierdo sin observarse anomalías en el examen físico. La segunda vez fue visto el 10 de febrero de 1967 quejándose de escalofríos de dos días de duración y tos. En la historia refería que fumaba 10 cigarrillos diarios desde la edad de 18 años. En el examen físico no se observaron anomalías pulmonares diagnosticándose una rinitis catarral. Se menciona dolor precordial de aproximadamente 6 meses de duración en nota del 6 de marzo, en ocasión de emociones e impresiones fuertes con duración de 1 a 24 horas, acompañado de taquicardia y sensación de adormecimiento en brazo izquierdo. La presión arterial era de 100/55. Al examen físico no se observaron anomalías en aparato cardiorespiratorio. El 3 de julio consultó por la aparición de una úlcera en mano derecha precedida de una ampolla un mes antes, diagnosticándose una piodermatitis que fue tratada con Penicilina. Una semana después presentaba diarrea con evacuaciones líquidas abundantes. Se quejaba también de tos nocturna, observándose la faringe congestionada. Se dieron antidiarreicos y cloranfenicol, habiendo desaparecido el cuadro diarreico con dolor suave abdominal, escalofríos y tos seca. Con tratamiento antidiarreico volvió a ceder la diarrea, pero quedando tos seca y dolor torácico. Este dolor predominaba en el lado izquierdo irradiándose al miembro superior del mismo lado, a la manera de "un calambre". Como el dolor persistía y el paciente se sentía preocupado, se le tomó radiografía pulmonar el 9 de octubre de 1967, la cual mostró un suave velo en campo medio izquierdo. Se dieron antibióticos notándose desaparición del dolor y atenuación de la tos. Esta se acompañaba de expectoración mucopurulenta, siendo hemoptoica solamente una vez, el 21 de octubre. Al examen físico se escuchaban estertores subcrepitantes y roncós diseminados en campo derecho. Se notaba abolición del murmullo vesicular y vibraciones vocales en el campo superior izquierdo. Se pensó en una tuberculosis pulmonar y se decidió hospitalizarlo para ampliar los estudios.

HOSPITALIZACIÓN.—Se internó el 23 de octubre de 1967 con síntoma principal de calenturas y tos. Refería en la historia tos seca seguida de hemoptisis en dos } ocasiones, dolores torácicos, de espalda y fiebre de 39°C en el día anterior al ingreso. No había historia de pérdida de peso ni de apetito. No refería trastornos gastrointestinales.

Se quejaba de cefalea occipital, artromialgias y malestar general. De adulto refería solamente historia de amigdalitis, gripes frecuentes, dolores epigástricos y diarreas. Sus padres vivos con aparente padecimiento cardíaco de su madre. Un hijo de 15 meses aparentemente sano. Al examen

---

(\*) Jefe Servicio de Patología, IHSS  
Jefe rotativo Servicio de Patología, Hospital General. **Ex-catedrático**  
de Patología, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

físico PA 100/70, T. 37.8°C, P 100. De buena constitución física y **nutricional**. Cooperaba al interrogatorio, psiquismo despejado. Faltaban algunas piezas dentarias. Orofaringe congestionada, algo granular. Amígdalas normales. No se apreciaban adenopatías. El examen de pulmones revelaba estertores crepitantes y subcrepitantes en ambos campos pulmonares, más acentuados en el lado izquierdo, con matidez del campo medio en este último. No se descubrieron alteraciones físicas en corazón ni abdomen. Hígado y bazo dentro de límites normales. El resto del examen físico fue normal. El examen radiológico mostró un infiltrado redondeado en región parahiliar izquierda, sugiriendo neoplasia broncopulmonar. El 24 de octubre se practicó una broncoscopia encontrándose el bronquio principal izquierdo congestionado y mostrando coágulos sanguíneos antiguos. Se extrajo material para estudios microbiológicos y citológicos. El 26 de octubre nueva radiografía mostró atelectasia segmentaria del lóbulo inferior izquierdo. La prueba de tuberculina era de 10 mm.SV. Continuaban la tos y los esputos hemoptoicos. El 28 de octubre se informó una citología sospechosa. Se consideró entonces la necesidad de **practicar** una toracotomía exploradora, la cual se llevó a cabo el 1<sup>o</sup> de noviembre de 1967 en el lado izquierdo. La pieza quirúrgica fue remitida a patología. En el 5<sup>o</sup> día postoperatorio presentó fiebre, cefalalgia intensa y confusión mental. Hubo cuadro febril durante todo el curso postoperatorio. Fue dado de alta 1 mes después de la intervención quirúrgica.

LABORATORIO.—Heces con *Trichomonas hominis*, quistes de *E. histolytica* y huevecillos de *A. lumbricoicles* (12-VII). **Trichomonas** y quistes de *G. lamblia* (12-IX). **Hg 15 gms/100 ce.** G.B.7.100 mm<sup>3</sup>; Ht 46 vols/100 ce. **N62%-L38%** (12-IX). Orina con escasos leucocitos en sedimento. VDRL negativo (12-IX). Espunto negativo por BAAR en frotis directo (21-X). Examen de lavado bronquial negativo por amibas. No crecieron hongos ni BAAR en los cultivos (25-X). Exámenes de esputo seriados, negativos por BAAR (25X, 14-XI, 26-XII). Glicemia 111 **mg.s/100 ce**; NPN 32 **mgs. 100/cc**; Creatinina 1.2 mgs/100 ce. (30-X-67).

#### DISCUSIÓN Y RESUMEN

Se hizo prácticamente una revisión casi completa de toda 3a patología pulmonar que pudiera provocar la imagen radiológica presentada asociada a la sintomatología y exámenes mencionados en el protocolo (Fig. 1). Las posibilidades diagnósticas más fuertes mencionadas fueron: neoplasia pulmonar, micosis y absceso pulmonar. Los estudios anatopatológicos hechos en el espécimen remitido (lobectomía izquierda) mostraron sorprendentemente una granulomatosis tuberculoide con necrosis caseosa (Figs. 2 y 3) La coloración de Fite-Faraco en las zonas de necrosis mostró escasos BAAR (Fig. 4). Este caso lo consideramos interesante ya que clínicamente, aunque se pensó en la posibilidad de una tuberculosis, no se hizo mayor énfasis en estudiar a fondo esta etiología y los exámenes practicados para descartarla fueron desorientadores. Prácticamente, existía más la idea de que se trataba de un carcinoma broncogénico y por eso se decidió a practicar una lobectomía. Posteriormente, se desarrollaron lesiones difusas tuberculosas en el otro pulmón, las cuales están clarificando con tratamiento médico específico. Se descubrió también un dato revelador importante, no investigado en los antecedentes: un pariente muy cercano al cual visitaba frecuentemente nuestro paciente, se encontraba bajo tratamiento antituberculoso en el Sanatorio Nacional.

## SUMMARY

While discussing the case, a review on pulmonary pathology that would produce the radiologic and clinical features presented was made. The diagnostic possibilities more stressed were pulmonary neoplasia, mycosis of any sort and lung abscess. The pathological examination of the specimen submitted from left lobectomy revealed a tubercutoid granulomatosis with caseous necrosis in which special staining showed scant acid-alcohol resistant bacilli. The case is considered of interest in view that, although the clinical possibility of tuberculosis was once considered, no emphasis was done to discard it thoroughly and laboratory examinations carried out in this respect were misleading. Surgery was performed having in mind a bronchogenic carcinoma. Post operatively, diffuse tuberculous lesions developed in the right side, which are now under control with adequate treatment. It was also discovered posteriorly, that a very close relative had been under tuberculous treatment in a specialized Center about the same time when our patient began to get ill.

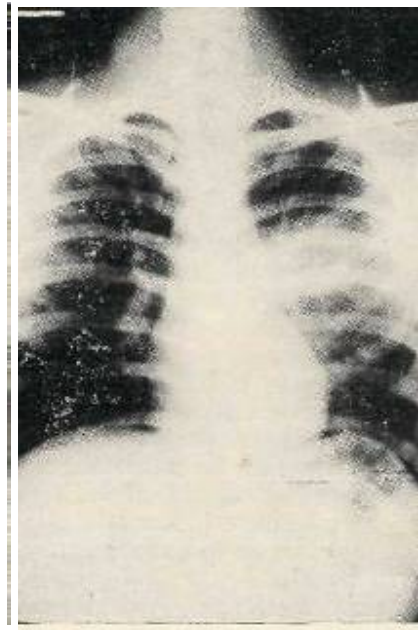


Fig. 1

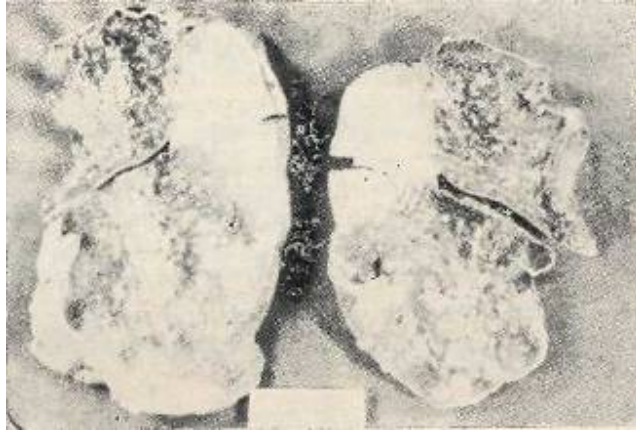


Fig. 2



Fig. 3

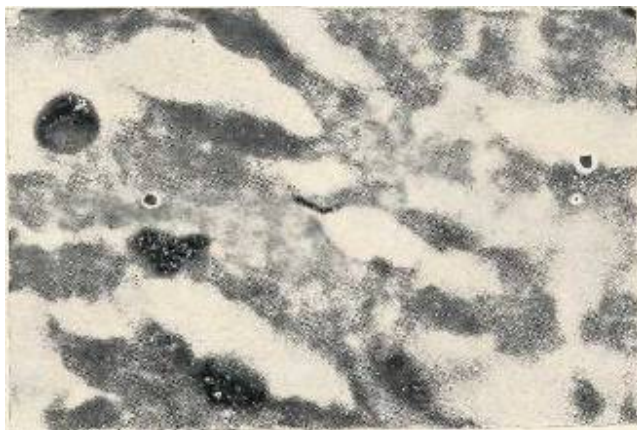


Fig. 4

## EDITORIAL

para hacer uso de la única biblioteca médica que tenemos, en la Facultad de Medicina, que aunque teóricamente está al alcance de todos, en la práctica solamente es aprovechada por los catedráticos y alumnos de la Escuela de Medicina. Se nos ocurre que quizá el Colegio Médico podría patrocinar la formación de una verdadera Biblioteca Médica Nacional, con adecuada subvención económica y establecer los servicios de biblioteca para todos los rincones del país, ya sea por el sistema de fotocopias de las referencias solicitadas o el establecimiento de bibliotecas regionales, o cualquier otro sistema bajo el control directo del Colegio Médico.

El mismo Comité de Revista podría estar encargado de la organización y funcionamiento adecuado de la Biblioteca, con un representante del Decanato de la Escuela de Ciencias Médicas.

Estamos conscientes del revuelo que estas consideraciones, especialmente las que se refieren a la Biblioteca, provocarán en los diversos círculos que sin un análisis detenido, llano y sincero, puedan considerarse afectados por las opiniones aquí expresadas. Queremos afirmar categóricamente, desde ya, que nuestra intención es completamente sana y alejada de prejuicios o intereses personales. Nuestra labor finalizará este año, dejando libre el campo para que otros colegas, con nuevas ideas y el entusiasmo propio que produce toda actividad que se inicia, se hagan cargo de esta importante tarea que, con el apoyo de la Directiva del Colegio Médico, promete convertirse en uno de los renglones de mayores perspectivas en las funciones científicas y gremiales que le corresponden.

Dejamos en manos de la Junta Directiva del Colegio Médico darle a estos comentarios la atención que su propio criterio les indique, ya que estamos seguros que pueden surgir muchas ideas mejores que las nuestras para dar solución al problema planteado.

---

## CAPITULO IV DEL REGLAMENTO DE LA REVISTA MEDICA HONDURENA

### IV.—DE LOS TRABAJOS ORIGINALES:

Art. 19.—Los trabajos originales podrán ser de los siguientes tipos:

- a) De investigación científica;
- b) De divulgación científica;
- c) Presentación de casuística nacional;
- d) Estadísticos;
- e) Monografías.

Art. 20.—Las colaboraciones deberán ser remitidas al Secretario de la Revista.

Art. 21.—El director comisionará a uno de los miembros del Consejo Editorial para verificar la evaluación científica del trabajo. Este nombramiento deberá recaer en el colegiado que, de acuerdo con su especialidad, esté más capacitado.

Art. 22.—Todos los trabajos deberán de ser remitidos escritos a máquina a doble espacio, sin exceder de veinte páginas, y deberá contener al final, siempre que sea posible, un resumen en español y en inglés o interlingua. Asimismo deberá contener, en hoja aparte, la bibliografía consultada, en la forma **siguiente**:

- a) Número de referencia intercalada en el texto;
- b) Apellido del autor (en orden alfabético), en letras mayúsculas;
- c) Iniciales del nombre del autor, en letras mayúsculas;
- d) Título del artículo consultado;
- e) Nombre de la revista o boletín;
- f) Volumen de la revista o boletín;
- g) Número de la primera página del artículo consultado;
- h) Año de la publicación;
- i) En caso de un libro en la referencia, deberá hacerse constar además del nombre del autor y del título del libro, el nombre de la casa editorial, la ciudad, la edición, el número de la primera página consultada y *el* año de la publicación;
- j) No se publicarán trabajos sin referencias bibliográficas y en el orden indicado, excepto **aquellos** que por su índole no lo ameriten.

Art. 23.—Las ilustraciones, en blanco y negro o a colores, serán remitidas por separado, detallando en forma clara la leyenda que debe ir al pie de cada ilustración.

Art. 24.—El costo en que se incurra por concepto de fotograbados será pagado así; Los primeros cuatro por la Administración de la Revista y los restantes por el autor.

Art. 25.—El Consejo Editorial se reserva el derecho de rechazar cualquier trabajo que no llene los requisitos estipulados en este reglamento, o que a su juicio no se ajuste a las exigencias de orden científico, ético o estético, establecidos internacionalmente.

Art. 25.—La publicación por separatas será por cuenta del interesado y deberán ser solicitadas por escrito, al entregar el trabajo.